

Передний боковой доступ является перспективным, новым методом, позволяющим минимизировать хирургическую травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысить результаты лечения таких больных. При росте невринома по типу песочных часов, с небольшим паравертебральным ростом, требуется применение заднебокового доступа, при значительном паравертебральном росте опухоли к передне боковому доступу. Применение дифференцированных хирургических доступов позволяет повысить не только радикальность вмешательства, но и улучшить результаты лечения больных.

**Спинальные артериовенозные мальформации: классификация, дифференцированная хирургическая тактика, результаты лечения**

*Зозуля Ю.А., Слынько Е. И., Аль-Кашиш Ияд Исхак*

*Институт нейрохирургии  
им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,  
г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32  
тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

**Вступление.** Спинальные сосудистые мальформации представляют собой редкую и малоизученную патологию, которая отличается значительным многообразием. Публикации по этому поводу в основном базируются на описании отдельных наблюдений. Недостаточная изученность указанной патологии связана со сложностью ее диагностики, что ограничивает разработку дифференцированных методов хирургического лечения. Большие затруднения в этом отношении вызывает отсутствие четкой структурно-динамической классификации спинальных АВМ. В настоящее время наиболее широко используется классификация, созданная в 1991–1998 гг. совместными усилиями группы авторов, согласно которой различают: дуральные артериовенозные фистулы (тип I), гломусные внутримозговые (тип II), ювенильные, или комбинированные АВМ (тип III), интрадуральные перимедуллярные артериовенозные фистулы — АВФ — тип IV.

**Материал и методы.** В работе анализируются результаты обследования и лечения 91 больного с АВМ и АВФ, которые находились на лечении в Институте нейрохирургии АМН Украины с 1995 по 2005 г. Больные были в возрасте от 9 до 83 лет, средний возраст составил 42,9 года. Для систематизации спинальных сосудистых мальформаций мы разработали классификацию, которая учитывала указанные особенности мальформаций — анатомическую характеристику мальформации, ее ангиоструктурные и гемодинамические особенности. По анатомическим особенностям сосудистые мальформации разделяются на интрамедуллярные, перимедуллярные (расположенные субарахноидально на поверхности спинного мозга), дуральные (расположенные в твердой мозговой оболочке), эпидуральные, интравертебральные и смешанные, захватывающие несколько смежных областей. Были выделены ангиоструктурные особенности собственно мальформаций, путей притока и оттока.

**Результаты.** Операции выполнены у всех больных (91 пациент), у 13 применены эндоваскулярные

вмешательства, у 70 — микрохирургические операции и у 8 — комбинированные с применением эндоваскулярной и микрохирургической техники. При открытых вмешательствах преимущественно использовались задний или заднебоковой доступ. Передний или переднебоковой доступы выполнены у 8 больных. У 11 пациентов оперативные вмешательства завершены стабилизацией позвоночника. У всех больных сосудистые мальформации выключены из кровотока тотально. Период отдаленных наблюдений колебался от 4 мес до 8,2 лет. У 32 больных непосредственно после операции был отмечен значительный регресс клинических проявлений, у 43 — частичный регресс симптоматики, у 10 — симптоматика существенно не изменилась и у 6 — неврологические нарушения усугубились.

**Выводы.** Таким образом, для успешного хирургического лечения спинальных АВМ необходимо получить максимально полное представление об их локализации, ангиоструктуре и гемодинамике, что обеспечивает дифференцированное применение оптимальной хирургической тактики и современных методов микрохирургических и эндоваскулярных вмешательств в зависимости от типа мальформации. Следует стремиться применять минимально инвазивный эндоваскулярный подход в случаях, где это возможно для выключения АВМ или уменьшения интенсивности кровотока путем предоперационной эмболизации. При резекции АВМ или выключении АВФ нужно использовать прямой подход к мальформации, блокировать только кровоснабжающие мальформацию притоки и сохранять сосуды, питающие спинной мозг. Резецировать гнездо мальформации необходимо острым путем только по границе со спинным мозгом. После операции для контроля всегда необходимо выполнять МРТ и ССА. Только такое сочетание методов может выявить остатки патологического сосудистого образования.

**Хірургічне лікування застарілих спонділолістезів з неврологічними проявами після неефективного лікування травм поперекового відділу**

*Волосюк Я.О.*

*Міська клінічна лікарня №8,  
м.Київ, 04201, вул. Кондратюка, 8  
тел. +380 44 5180039, e-mail: volosjuk@i.com.ua*

**Метою** хірургічного лікування застарілих спонділолістезів (від 15 до 25 р.) у хворих з неврологічними проявами у віці від 27 до 60 років є декомпресія нервово-судинних пучків, відновлення форми пошкодженого відділу хребта, усунення наявної деформації, забезпечення стабільності хребтоторухомих сегментів, відновлення анатомо-функціональних взаємовідношень хребта шляхом утворення фіброзного або кісткового блоку в найбільш ранні терміни. У всіх 11 прооперованих хворих (6 жінок, 5 чоловіків) яким спочатку був поставлений помилковий діагноз і проводилося неадекватне лікування, лумбалгічний синдром проявлявся паралельно з порушенням функції та різної ступені вираженості неврологічними проявами від корінцевого синдрому до розгорнутого синдрому кінського хвоста з порушеннями функцій тазових органів.

**Матеріали і методи.** В основу вибору методу хірургічного лікування нами ставились слідуючі при-